Revista de Derecho de la Seguridad Social

Laborum

Estudios Doctrinales
nº 43 (2º Trimestre 2025)
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370
Págs. 57-76

La incapacidad temporal a tiempo parcial

Part-Time Temporary Disability

Noelia Losada Moreno *Doctora en Derecho del trabajo y de la Seguridad Social por la Universidad de Málaga. Abogada*
https://orcid.org/0000-0001-8708-2894

Sumario

1. Introducción
2. La incapacidad temporal en cifras
   2.1. El envejecimiento de la población trabajadora
   2.2. El aumento en los tiempos de espera en la sanidad pública
   2.3. Época de crecimiento económico y bajo desempleo
   2.4. El Impacto de la desmotivación en la salud mental
3. La incapacidad temporal flexible se impone en los países de nuestro entorno
4. Criterios clave para la eficacia de las bajas parciales
5. El marco legal actual de la incapacidad temporal. Modificaciones necesarias para implementar la incapacidad temporal parcial
6. Reflexiones finales

Bibliografía

Fecha Recepción: 11/12/2024
Fecha Revisión: 11/05/2025
Fecha Aceptación: 12/05/2025

Cita Sugerida: LOSADA MORENO, N.: «La incapacidad temporal a tiempo parcial». *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 43 (2025): 57-76.

Resumen

El aumento de bajas laborales, plantea la necesidad de abordar la implantación de una incapacidad temporal flexible. Este enfoque permitiría al trabajador reincorporarse gradualmente mientras se recupera, ajustando las bases de cotización y las prestaciones a su nivel de actividad. Esta modalidad beneficiaría tanto a los empleados, que podrían mantener su vínculo laboral, como a las empresas, que reducirían el impacto del absentismo prolongado.

Palabras clave

Incapacidad temporal; retorno al trabajo flexible; bajas parciales

Abstract

The increase in medical leaves raises the need to implement flexible temporary disability. This approach would allow workers to gradually return to work while recovering, adjusting contributions and benefits to their level of activity. This model would benefit employees by maintaining their employment ties and help companies reduce the impact of prolonged absenteeism.

Keywords

Temporary disability; flexible return to work; partial sick leave

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las bajas laborales han registrado un aumento significativo, especialmente aquellas relacionadas con la salud mental y enfermedades crónicas que requieren un tratamiento prolongado. Este incremento refleja la complejidad de los problemas de salud actuales y plantea desafíos para los sistemas de seguridad social y para las propias empresas, que deben adaptarse a la realidad de un ausentismo creciente y, en ocasiones, prolongado.

Ante esta situación, surge la necesidad de repensar la fórmula tradicional de incapacidad temporal, en la cual el trabajador debe mantenerse completamente alejado de sus funciones hasta su recuperación total[1].

En nuestra legislación, la incapacidad temporal se entiende como una situación en la que el trabajador está impedido para desempeñar su actividad laboral debido a una enfermedad o accidente[2]. Sin embargo, la salud no se puede reducir a un estado de "todo o nada", en el que una persona simplemente está sana o enferma. En muchos casos, la enfermedad o el accidente no suprimen completamente la capacidad de trabajar. Con el apoyo médico adecuado y considerando las circunstancias individuales, es posible que un trabajador vuelva a sus funciones incluso mientras enfrenta una enfermedad activa o recibe tratamiento, o tras completar éste, aunque queden algunas secuelas[3].

La posibilidad de una incapacidad temporal flexible, un esquema en el que el trabajador pudiera reincorporarse de manera progresiva durante su convalecencia, podría ofrecer múltiples ventajas. Este enfoque permitiría al trabajador reintegrarse al entorno laboral sin presiones, a su ritmo, facilitando una recuperación gradual mientras mantiene un vínculo con su actividad y sus compañeros. Además,

---

[1] Véase una exposición detallada de la dinámica de la prestación por incapacidad temporal en Lozano Lares, F., *Manual de Seguridad Social*. Laborum, Murcia, 2023, pp.416-463.

[2] La prohibición de trabajar durante la percepción prestación de incapacidad temporal se deduce del artículo 169 de la LGSS que indica que "*Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal: a) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo (...)*" y del artículo 175.1.b LGSS que dispone que "*el trabajo por cuenta propia o ajena es causa de pérdida o suspensión del derecho al subsidio por incapacidad temporal"*. Sin embargo, la jurisprudencia no establece una prohibición absoluta de percibir prestaciones por incapacidad temporal mientras se continúa trabajando en otros empleos en situaciones de pluriempleo o pluriactividad. Lo que se requiere es una evaluación detallada de la situación laboral en cada empleo, considerando el estado de salud del trabajador y su capacidad para desempeñar las funciones específicas de cada puesto. En otras palabras, una enfermedad o afección médica puede impedir la realización de las tareas en un trabajo, pero no necesariamente en otro, ya que esto dependerá de las exigencias de cada actividad. Es responsabilidad del médico determinar si debe emitir un único parte de baja que abarque todos los empleos o limitarse a aquellos en los que el trabajador esté incapacitado, evaluando cada caso de manera individualizada. La STSJ 111/2024 de 27 de marzo (nº de Recurso 21/2024) resume la reiterada doctrina de la Sala IV a este respecto "*en situación de baja por incapacidad al trabajador le es lícito realizar todas aquellas actividades compatibles con su situación, excluido cualquier trabajo por cuenta propia o ajena, estimando como compatibles las actividades de mera distracción o lúdicas y todas aquellas que no perturben o retrasen la curación del trabajador, o sean contraproducentes para su enfermedad" (STS de 4 octubre 1985) ,"... de aquí que tenga muy precisado que no toda actividad desarrollada durante la situación de incapacidad temporal puede calificarse como conducta desleal sancionable con el despido, sino sólo aquélla que, dotada de suficiente gravedad e intencionalidad y a la vista de las circunstancias concurrentes, en especial la índole de la enfermedad y las características de la ocupación, sea susceptible de perturbar la curación del trabajador o evidencie la aptitud laboral de éste, con la consiguiente simulación en perjuicio de la empresa" (STS de 3 de febrero y 7 de julio de 1987)*".

[3] El artículo 5.1 del Real Decreto 625/2014 señala que el alta puede emitirse sin perjuicio de que el trabajador siga percibiendo asistencia sanitaria, lo cual indica que dicho acto administrativo no equivale a la plena recuperación de la salud del trabajador.

una modalidad flexible beneficiaría a las empresas, que podrían retener el talento y reducir el impacto económico.

Para implementar este esquema en la legislación, sería necesario definir en la Ley General de la Seguridad Social en qué casos y bajo qué condiciones el trabajador podría reincorporarse parcialmente. Asimismo, deben adaptarse los requisitos de alta médica, permitiendo una alta parcial y revisiones periódicas que ajusten la reincorporación a la evolución de la salud del trabajador. También sería clave ajustar las bases de cotización y las compensaciones económicas, permitiendo al trabajador recibir un salario y una prestación proporcionada a la jornada parcial que pueda realizar durante su recuperación. Esto facilitaría una transición justa entre el tiempo trabajado y el tiempo de convalecencia, asegurando tanto la estabilidad económica del trabajador como el equilibrio financiero para la empresa. Además, esta configuración de la incapacidad temporal permitiría a las organizaciones mantener el vínculo con sus empleados, conservando el talento y evitando la desmotivación que puede surgir de una separación prolongada.

2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN CIFRAS

España encabeza la lista de países europeos con mayor índice de absentismo laboral debido a incapacidades temporales, representando un coste del 1,4% de su PIB. A 31 de diciembre de 2023, el número de personas que recibían prestaciones por incapacidad temporal alcanzó los 1.121.682, el valor más alto registrado desde que existen datos consolidados. En comparación con el año anterior, cuando la cifra era de 1.000.704, se observa un incremento del 12,8%[4].

Respecto a las patologías que más bajas temporales causan y contribuyen significativamente al absentismo nos encontramos con las enfermedades musculoesqueléticas y los trastornos de salud mental ocupando los primeros lugares. Los problemas relacionados con el aparato locomotor, como lumbalgias, cervicalgias y otras dolencias asociadas a la columna vertebral y las articulaciones, representan un porcentaje considerable de las incapacidades temporales, especialmente en sectores con tareas físicas intensas o posturas mantenidas[5].

[4] Informe estadístico de la web de la Seguridad Social consultado el 22 de octubre de 2024, p.43 https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d33fa7c7-f945-4418-b0f1-d83be6b91830/INSS+INFORME+ESTAD%C3%8DSTICO+2023.pdf?MOD=AJPERES

[5] En abril de 2024, AMAT (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo) publicaba un informe sobre el absentismo laboral derivado de la incapacidad temporal por contingencias comunes. En él, se puede consultar el top 20 de las patologías traumáticas por contingencias comunes en función del coste en prestaciones de Seguridad Social a cargo de la Mutua (pp.108-109), estableciéndose la siguiente prelación:
1º OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADOS
2º OTROS TRASTORNOS Y TRASOTORNOS NEOM DE ARTICULACIÓN
3º OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL
4º TENDINITIS INTERSECIONES PERIFÉRICAS Y SÍNDROMES CONEXOS
5º TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL
6º OSTEOARTROSIS Y TRASTORNOS CONEXOS
7º OTROS TRASTORNOS DE SINOVIA TENDON Y BURSA
8º TRASTORNO INTERNO DE RODILLA
9º OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS
10º TRASTORNO DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA
11º OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADOS
12º FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO
13º ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE
14º ESGUINCES Y TORCEDURAS DE RODILLA Y PIERNA
15º OTRAS ARTROPATÍAS Y ARTROPATIAS NO ESPECIFICADAS
16º FRACTURA DE UNO O MAS HUESOS TARSIANOS/METATARSIANOS
17º OTROS DESARREGLOS ARTICULARES
18º CONTUNSIÓN DE MIEMBRO INFERIOR, DE OTROS SITIOS Y SITIOS NEOM

Por otro lado, los trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad, el estrés laboral y la depresión, han mostrado un crecimiento constante en la última década. El ritmo de trabajo acelerado, la incertidumbre económica y las demandas cada vez mayores del entorno laboral han incrementado la incidencia de estas patologías, que requieren periodos de recuperación prolongados y un enfoque integral para su tratamiento.

Otras causas destacadas incluyen enfermedades respiratorias estacionales, como la gripe o infecciones víricas, que, si bien suelen tener menor duración, son recurrentes y afectan a amplios grupos de la población trabajadora. Asimismo, las patologías cardiovasculares y las complicaciones relacionadas con enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, también figuran entre las principales razones de las bajas temporales.

PARTES DE BAJA COMUNICADOS SEGÚN PATOLOGÍA
ENERO-SEPTIEMBRE 2024

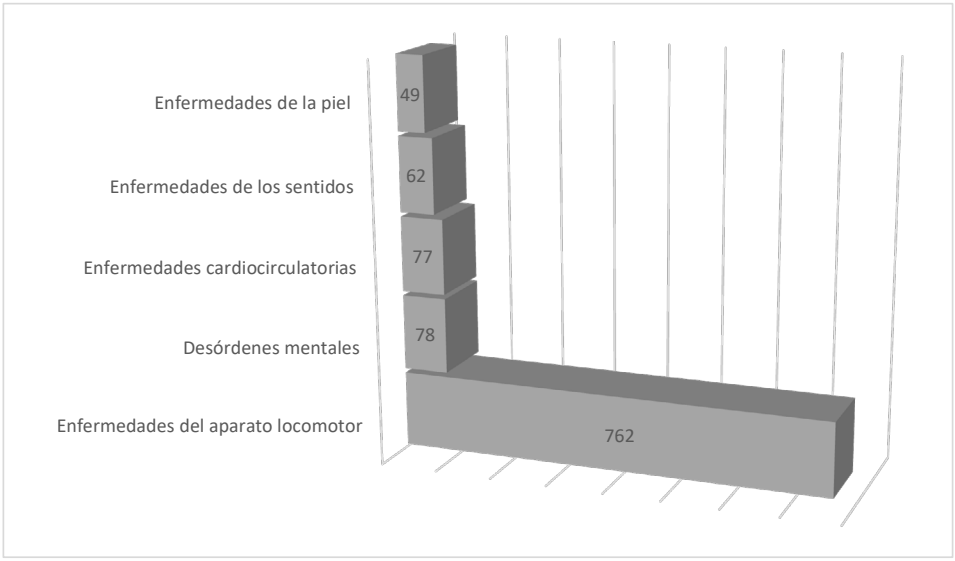


Gráfico de elaboración propia, a partir de datos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

El aumento de estos indicadores ha generado tal preocupación que en el V Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva, las organizaciones empresariales y sindicales firmantes expresaron su inquietud e instaron a aprovechar mejor los recursos de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, con el objetivo de reducir los tiempos de espera y mejorar la atención médica de los trabajadores, facilitando así su pronta recuperación. También propusieron disminuir las listas de espera del Sistema Público mediante acuerdos con estas mutuas, enfocadas en la realización de pruebas diagnósticas, tratamientos terapéuticos y rehabilitadores en casos de incapacidad temporal derivadas de causas comunes[6]. Las principales causas del incremento en las bajas laborales son diversas, pero pueden resumirse en los siguientes factores:

19º EFECTOS TARDÍOS LESIÓN MUSCULOESQUELÉTICA/TEJIDOS CONECTIVOS
20º ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES NEOM DE LA ESPALDA
Se puede consultar el informe en https://www.amat.es/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-09-Informe-de-Absentismo-Laboral-derivado-de-la-ITCC-2023.pdf

[6] Resolución de 19 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el V Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva. BOE núm. 129, de 31 de mayo de 2023.

2.1. El envejecimiento de la población trabajadora

En España la esperanza de vida ha crecido significativamente, situando al país como el segundo del mundo con mayor longevidad, lo que ha generado un progresivo envejecimiento de la población trabajadora. Es innegable que la edad afecta las capacidades funcionales y el estado de salud de las personas por lo que, a medida que la fuerza laboral envejece, aumenta la probabilidad de que los trabajadores sufran problemas de salud crónicos o enfermedades relacionadas con la edad, lo cual incrementa las tasas de incapacidad temporal.

Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que actualmente más de 4.600.000 personas mayores de 55 años se encuentran activas laboralmente, lo que representa un 20% de la población activa. Este grupo ha experimentado un crecimiento significativo, con un incremento de más de 2.000.000 desde 2008. Según el "Mapa de Talento Sénior 2023", publicado anualmente por el Centro de Investigación Ageingnomics de la Fundación Mapfre, los trabajadores mayores de 55 años tienen una presencia dominante en el mercado laboral actual, con más de 4,1 millones de seniors ocupados, superando a los 2,9 millones de jóvenes activos[7].

En general, los datos no muestran un mayor porcentaje de bajas por enfermedad entre los trabajadores mayores, pero sí han observado que en tales grupos se reducen las bajas por enfermedad de un día o más y aumentan las de duración superior o igual al mes, con enfermedades y lesiones más graves, lo que hace más importante el soporte para retornar al trabajo. A mayor edad, las posibilidades de mejoría disminuyen y los tiempos de recuperación se prolongan[8].

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo ha llevado a cabo un estudio de las características de la actividad y de la siniestralidad laboral de las personas trabajadoras de más de 50 años concluyendo que la duración media de las bajas por accidentes de trabajo en las personas de 50 años o más fue de 41,7 días, mientras que en el total de la población trabajadora fue de 33,1 días[9]. Con el paso de los años las funciones sensoriales y cognitivas se van deteriorando haciendo que los tiempos de recuperación sean mayores. Por esto se puede afirmar que, a mayor nivel de envejecimiento mayor será la duración de las bajas laborales.

2.2. El aumento en los tiempos de espera en la sanidad pública

Las listas de espera sanitarias en España, en general, han empeorado en los últimos años, particularmente desde la pandemia de COVID-19 pues muchas intervenciones, pruebas y consultas se pospusieron generando un importante "efecto acumulativo" que aún persiste.

A 30 de junio de 2024 un total de 848.340 pacientes se encontraban pendientes de una intervención quirúrgica no urgente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. El tiempo medio de espera se situaba en 121 días y el 20,5 % de ellos llevaba incluido en lista de espera más de 6 meses[10].

[7] https://ageingnomics.fundacionmapfre.org/publicaciones/mapa-talento-senior/mapa-de-talento-senior-2023/.

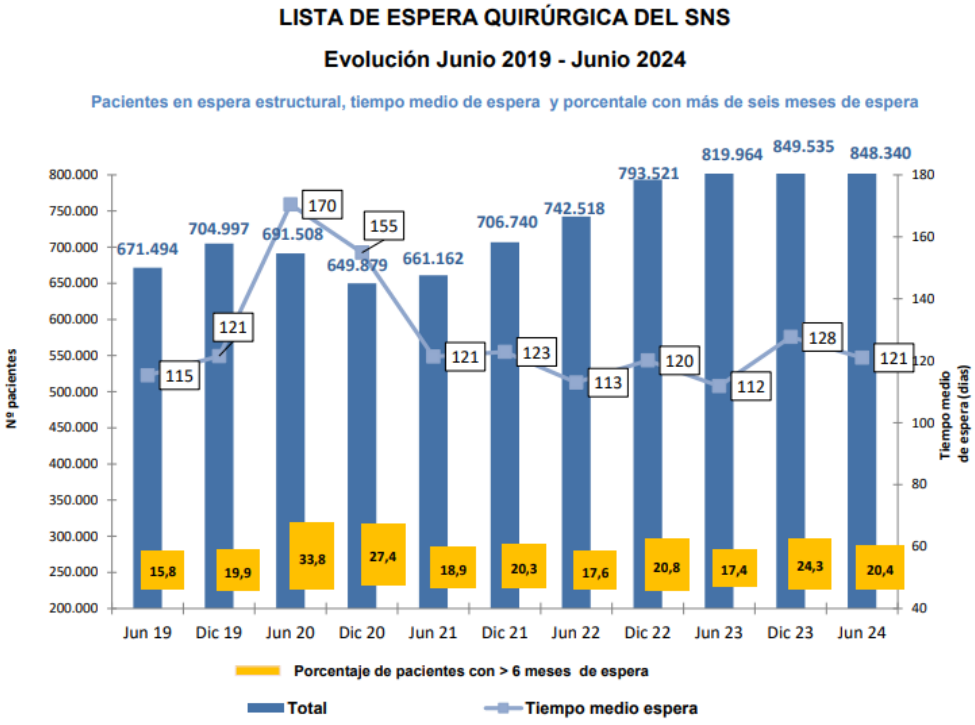
[8] Feria Basilio I.R., "Las condiciones de trabajo y la prevención de riesgos laborales frente a las personas de edad avanzada" en AA.VV. *Personas de edad avanzada y mercado de trabajo entre el envejecimiento activo y la estabilidad presupuestaria*, Calvo Gallego y Fernández López (Dir.) Álvarez Cortés (Coord.) 1ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch, 2016, pp. 310-311.

[9] https://www.insst.es/el-observatorio/indicadores-evolutivos/accidentes-de-trabajo-y-otros-danos-a-la-salud/mayores-y-trabajo

[10] Datos obtenidos de la web del Ministerio de Sanidad https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Listas_espera_jun2024_nota_difusion.pdf

La población española se está envejeciendo rápidamente, lo que genera una demanda mayor de servicios sanitarios, especialmente en especialidades como cardiología, traumatología y oncología. Las personas mayores suelen requerir más atenciones médicas y tratamientos especializados, lo cual sobrecarga el sistema de salud.

En la siguiente gráfica, podemos observar cómo el número de pacientes va creciendo cada año, así como el tiempo medio de espera[11].



Es evidente que se requieren más recursos económicos. Entre 2008 y 2013, el gasto público en salud disminuyó un 1,4%, y aunque desde 2014 comenzó a recuperarse, al inicio de la pandemia aún no se habían alcanzado los niveles de inversión previos a la crisis. Esta realidad, sumada a la pandemia, al envejecimiento de la población y al aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y pluripatologías, ha generado una situación sumamente compleja.

La conjunción de estos factores ha puesto en evidencia la vulnerabilidad del sistema de salud pública en España frente a desafíos estructurales y coyunturales. La falta de adaptación en su organización y estructura ha limitado su capacidad de respuesta ante crisis sanitarias y ante el creciente volumen de atención requerido por una población en proceso de envejecimiento, con mayor prevalencia de patologías crónicas.

La insuficiencia en la dotación de recursos humanos, sumada a un déficit de innovación y digitalización, también contribuye a los retrasos en los tiempos de espera y a la reducción en la calidad de los servicios. La infraestructura sanitaria, además, ha sufrido una obsolescencia relativa

[11] Gráfica elaborada por el Ministerio de Sanidad en su informe "Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud: Indicadores Resumen. Junio 2024".

debido a la falta de inversión sostenida en tecnología médica, sistemas de información y procesos de modernización que permitan una gestión más eficiente y una atención centrada en el paciente.

2.3. Época de crecimiento económico y bajo desempleo

En épocas de crecimiento económico y bajo desempleo, es común observar un aumento en el número de bajas laborales. A primera vista, podría parecer contradictorio que, cuando el empleo crece, aumenta también el número de personas que se ausentan del trabajo debido a problemas de salud. Sin embargo, esta tendencia obedece a varios factores.

1.- Más personas empleadas

Cuando la economía va bien y las tasas de empleo son altas, el número total de personas empleadas crece. Esto, simplemente por volumen, aumenta las probabilidades de que haya más bajas, ya que es natural que, al haber más personas en el mercado laboral, también haya más casos de enfermedades, accidentes o necesidades de descanso.

2.- Mayor seguridad económica personal

Cuando el desempleo es bajo, los trabajadores sienten mayor estabilidad y seguridad económica. Esto significa que, en caso de sufrir una enfermedad o un problema de salud, los empleados se sienten más cómodos solicitando una baja, confiando en que no perderán su empleo o posición en la empresa. En contraste, en épocas de crisis, muchos empleados optan por seguir trabajando incluso si su salud no es óptima, por miedo a perder su trabajo.

En términos de productividad, los empleados suelen sentir menos presión para cumplir con estándares estrictos o adaptarse a un estilo de trabajo rígido. Con más opciones laborales disponibles en el mercado, se sienten en mayor libertad para priorizar su salud y bienestar, optando por tomar bajas si lo necesitan en lugar de poner en riesgo su bienestar físico o mental.

3- Aumento de la rotación laboral y menor retención de talento

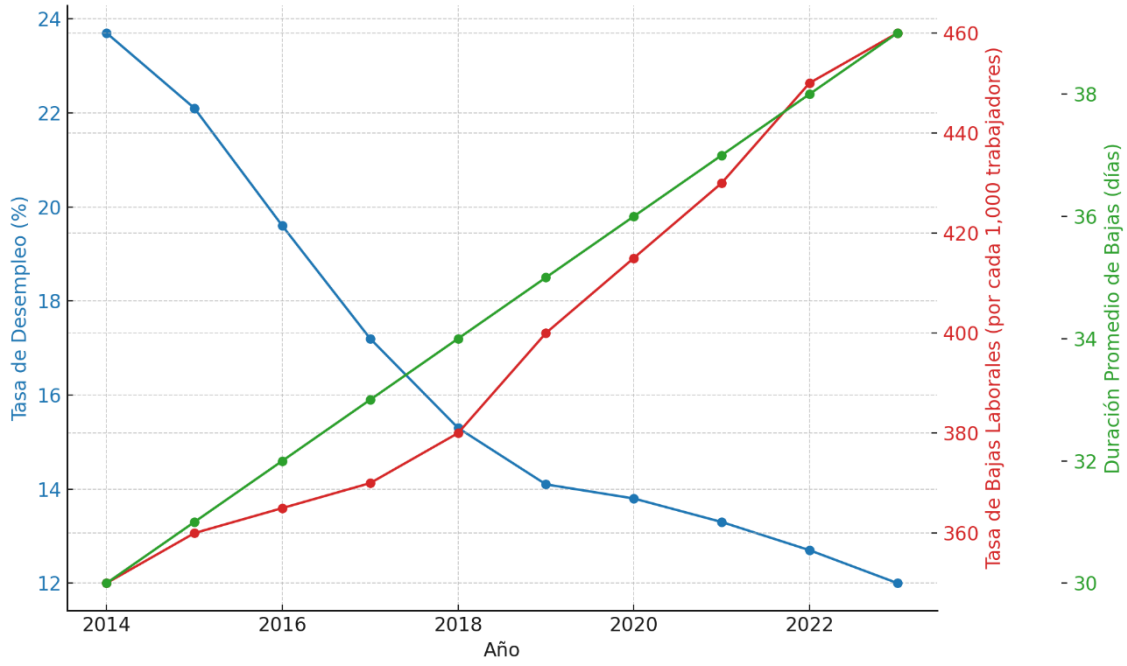
Cuando hay pocas personas desempleadas, las oportunidades para cambiar de trabajo aumentan, y los trabajadores tienen tendencia a buscar mejores condiciones, salarios más altos o entornos menos demandantes. Este cambio frecuente de personal reduce la estabilidad en las empresas, que en algunos casos cubren vacantes con empleados temporales o menos capacitados. Estos trabajadores nuevos, al tener menos experiencia o formación, pueden estar más expuestos a accidentes o errores, incrementando las bajas.

4-Mayor carga de trabajo

Por último, también podría influir que cuando el desempleo es bajo, las empresas pueden tener dificultades para encontrar y contratar personal nuevo. Esto suele llevar a una redistribución de tareas, aumentando la carga de trabajo para los empleados actuales, quienes pueden verse sometidos a un esfuerzo mayor y más prolongado. Esto incrementa las probabilidades de agotamiento o lesiones laborales, lo que deriva en un aumento de bajas.

Esta gráfica muestra claramente la relación entre la disminución del desempleo, el incremento en las bajas laborales y su duración promedio, destacando cómo estas variables han evolucionado juntas en la última década[12]:

Tasa de Desempleo, Tasa de Bajas Laborales y Duración Promedio de Bajas en España (2014-2023)



2.4. El Impacto de la desmotivación en la salud mental

La apatía laboral o *boreout*, el agotamiento emocional provocada por la falta de interés, desafío o propósito en el trabajo puede afectar profundamente la salud mental y física de los empleados, llevando en algunos casos a usar bajas laborales como escape[13].

La pandemia generó una disrupción sin precedentes tanto en el ámbito laboral como en el sistema de salud durante el confinamiento, alterando múltiples aspectos relacionados con la salud, la

[12] Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística ((https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595):contentReference[oaicite:0]{índice=0}), del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST45/EST46) y de EPData https://www.epdata.es/datos/absentismo-laboral-espana-datos-graficos/323)

[13] El síndrome de boreout ue descrito por primera vez en marzo del 2007, en un libro publicado por los suizos Phillipe Rothlin y Peter Werder 1 titulado "El nuevo sindrome laboral: Boreout", quienes sostienen que el Boreout consiste en tres elementos: Aburrimiento, Desinterés e Infraexigencia, que se entrelazan sensiblemente de manera interdependiente. A mayor abundamiento, véase Cabrera Noriega, L.E.,"Síndrome de Boreout: Diseño, confiabilidad y validación preliminar de un instrumento para su medición" en *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol.46, nº.3, Bucaramanga, Oct./Dec. 2014 y lo publicado por el Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT que profundiza más es este fenómeno https://www.ugt.es/sites/default/files/node_gallery/Galer-a%20Publicaciones/FichasObservatorio%20%28%29%2019.pdf

vida social, familiar y profesional. Aunque algunos de estos efectos han sido superados en el proceso de recuperación, otros han persistido o han dado lugar a nuevas realidades y consecuencias indirectas. Un ejemplo notable es el cambio en la percepción del trabajo, que ha desencadenado fenómenos como "la gran dimisión", donde un número significativo de trabajadores renunciaron tras replantearse sus prioridades. También se ha observado el "ausentismo silencioso" o "renuncia silenciosa", en el que los empleados, insatisfechos, reducen su compromiso y motivación, lo que puede culminar en su ausencia en el trabajo.

Un desafío más preocupante en nuestra sociedad son los problemas de salud mental y el "desenganche" o "desencanto" laboral, caracterizados por el descontento y la falta de compromiso, que potencian la apatía y pueden derivar en trastornos más graves[14].

El hecho de que las bajas laborales por salud mental hayan alcanzado la segunda posición como motivo de ausencia refleja una transformación en la forma en que la sociedad y las organizaciones ven el bienestar psicológico. Este fenómeno pone de relieve la importancia de crear ambientes de trabajo que promuevan la salud mental y de establecer políticas preventivas y de apoyo que reduzcan el estrés y el agotamiento emocional. La gestión de la salud mental no solo beneficia a los trabajadores, sino que también fortalece a las empresas, mejorando la productividad y construyendo entornos laborales más sostenibles y saludables.

3. LA INCAPACIDAD TEMPORAL FLEXIBLE SE IMPONE EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

A lo largo de las últimas décadas, diversos países europeos han adoptado un cambio de enfoque en las prestaciones públicas por incapacidad temporal, implementando reformas orientadas a maximizar las capacidades laborales del trabajador conforme las va recuperando, o incluso aprovechando aquellas que nunca ha perdido. Estas reformas buscan centrarse en las habilidades restantes o recuperables del empleado, en lugar de centrarse exclusivamente en las limitaciones que le impiden realizar ciertas tareas. Con esta nueva perspectiva, es posible reducir significativamente el tiempo de ausencia y mitigar los efectos negativos asociados al absentismo prolongado, tanto para el trabajador como para la empresa[15].

En Alemania, el sistema de incapacidad temporal permite que el trabajador se reincorpore a su puesto de manera parcial mientras continúa recibiendo tratamiento. En este esquema, conocido como "Rehabilitation vor Rente" (rehabilitación antes de la jubilación), el empleado trabaja horas reducidas y recibe una compensación proporcional que combina su salario y una prestación de incapacidad.

Dinamarca es conocida por su enfoque de "Flexiseguridad", que combina la flexibilidad en el mercado laboral con la seguridad social. Los trabajadores en incapacidad pueden reincorporarse de forma parcial, y las empresas están obligadas a ofrecer adaptaciones laborales. Los permisos reciben apoyo económico del gobierno para facilitar esta transición.

[14] Umivale Activa y el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie) han puesto en marcha un "Estudio socioeconómico de la evolución de incapacidad temporal y siniestralidad en España", para estudiar los factores determinantes del absentismo laboral (https://umivaleactiva.es/salud-y-absentismo-laboral/estudio-sobre-it-y-siniestralidad).

[15] En este sentido, el informe del pleno del Parlamento Europeo en el que los eurodiputados reconocen que hay que hacer más por facilitar la vuelta a la vida laboral e incluir mejor a las personas con discapacidad o que padecen enfermedades. https://www.europarl.europa.eu/topics/es/article/20180830STO11344/reincorporacion-al-trabajo-tras-una-larga-enfermedad-o-lesion-video

En Francia, existe la "reprise progresiva d'activité" (reincorporación progresiva al trabajo), que permite a los empleados volver a trabajar con horarios reducidos o adaptados según su recuperación. Esto es común en casos de enfermedades crónicas o lesiones prolongadas, y el trabajador recibe un salario proporcional, además de una prestación parcial por incapacidad que complementa sus ingresos durante el periodo de rey.

En Noruega, donde la negociación colectiva tiene un papel muy destacado en la regulación, la implementación se ha fundamentado en un acuerdo tripartito entre el gobierno y los agentes sociales. En el Reino Unido, en cambio, ha bastado con decisiones tomadas a nivel de gestión del sistema de salud-

En Suecia, el médico tiene la opción de asignar uno de cuatro grados de incapacidad temporal, según la situación y evolución del proceso patológico del trabajador: incapacidad total, 75%, 50% o 25%. Esta flexibilidad permite adaptar la jornada laboral de acuerdo con las capacidades residuales del trabajador, promoviendo una reincorporación gradual en función de su recuperación. Un sistema similar existe en Finlandia, con un sistema denominado "prestación por enfermedad parcial" (osittainen sairauspäiväraha) que autoriza a los empleados a reducir su horario de trabajo entre un 40 % y un 60 % de su jornada habitual, siempre y cuando cuenten con el acuerdo del empleador y la reducción no afecte negativamente su salud ni su proceso de recuperación.

Estos modelos tienen como objetivo no solo reducir el impacto de la ausencia prolongada del trabajador, sino también facilitar una recuperación más rápida y sostenida al permitirle reincorporarse gradualmente a su puesto. Además, este enfoque progresivo contribuye a la mejora del bienestar mental del empleado, quien puede mantener cierta actividad laboral y evitar un aislamiento completo del entorno laboral. Estos esquemas de incapacidad parcial ayudan a los sistemas de seguridad social a gestionar los recursos de manera más eficiente y promueven la adaptación del trabajador a su recuperación sin perder su vinculación al empleo.

4. CRITERIOS CLAVE PARA LA EFICACIA DE LAS BAJAS PARCIALES

Para garantizar que la implementación de la incapacidad temporal parcial es viable, es imprescindible considerar diversas claves fundamentales

- La incapacidad temporal parcial encuentra su verdadera utilidad en casos de dolencias de duración media prolongada.

Desde la perspectiva presupuestaria, el gasto público en procesos por incapacidad temporal se concentra en los de mayor duración, hasta el punto de que el 80 % de la financiación va destinada a procesos de más de noventa días. Dicha cifra es significativa, teniendo en cuenta que el 74 % de procesos de incapacidad temporal en nuestro país no superan los treinta días de duración. Es decir, una minoría de incapacidades dan lugar a la mayor parte de los costes públicos, por lo que lo más eficiente sería adoptar modelos de gestión específicos para atender sus particularidades. La mayor parte de las dolencias se inician con una fase aguda cuyos síntomas se van moderando posteriormente por la acción del tratamiento médico. Por esta causa, lo más habitual es que el trabajador permanezca totalmente ausente de su puesto de trabajo durante un periodo inicial y los programas de retorno al trabajo se activen cuando empiece a estabilizarse[16].

[16] Véase Crespí Ferriol Mª M. *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. RepositoriUIB, 2022, p. 336.

- La incapacidad temporal parcial es pertinente en enfermedades musculoesqueléticas, mentales y neoplasias en las que el retorno progresivo al trabajo reporta beneficios.

Implementar un retorno progresivo al trabajo resulta adecuado en casos donde la recuperación es gradual o donde mantener cierta actividad laboral puede favorecer la rehabilitación y el bienestar general[17]. Entre estas dolencias, que representan la mayor proporción de casos y días de incapacidad temporal, destacan los trastornos musculoesqueléticos, los trastornos mentales y las neoplasias.

Ya avanzábamos en el apartado dedicado a estadísticas que las afecciones del sistema músculo-esquelético son las más frecuentes. Del número de partes comunicados con baja entre enero y septiembre de 2024, el 66% fueron por enfermedades del aparato locomotor[18].

Los problemas de salud mental son ya la segunda causa de bajas laborales. Como explica la Universidad de Sevilla, las bajas por problemas de salud mental aumentan cerca de un 120% en siete años[19]. La evidencia científica muestra que trabajar proporciona una estructura diaria, un sentido de propósito y de logro, así como oportunidades de interacción. Además, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han resaltado que el trabajo decente protege la salud mental, previene patologías y tiene un valor terapéutico y estabilizador. No en vano, las personas que trabajan focalizan su atención en las tareas y obligaciones propias del puesto, dejando un menor espacio a las preocupaciones, al estrés o a la ansiedad.

Este informe subraya la importancia de los programas de reincorporación al trabajo que combinarían la atención dirigida al trabajo (por ejemplo, mediante ajustes razonables o el regreso gradual) con la atención clínica continua para apoyar la reincorporación significativa después de una ausencia relacionada con problemas de salud mental, y al mismo tiempo reducen los síntomas de trastorno mental[20].

Del mismo modo, la evidencia científica destaca que reincorporarse al trabajo tras superar el cáncer mejorando la calidad de vida de los supervivientes, restaurando su sentido de normalidad, bienestar, identidad y autoestima, además de facilitar su independencia económica. No poder retomar la actividad laboral, en cambio, puede percibirse como una derrota personal y tener efectos emocionales duraderos. La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 reconoce esta necesidad y prioriza políticas e intervenciones para facilitar el regreso laboral de estas personas mediante guías prácticas y un retorno progresivo[21] .

[17] Para un análisis mucho más exhaustivo sobre enfermedades crónicas y los criterios de flexibilidad que serían recomendables en las mismas, véase Fernández Martínez, S.: *La permanencia de los trabajadores con enfermedades crónicas en el mercado de trabajo: una perspectiva jurídica*. Wolters Kluwer España, 2020.

[18] La patología osteoarticular se distingue por su elevada frecuencia y baja mortalidad. Su carácter crónico genera un impacto significativo no solo para el paciente, sino también para su entorno familiar y la sociedad en general. Esta condición representa la principal causa de discapacidad física en el mundo occidental. Se estima que alrededor del 75% del costo total de los problemas de salud del sistema musculoesquelético en personas de 45 a 64 años se debe a su importante impacto en la capacidad laboral y la productividad, generando costos asociados a bajas laborales, tratamientos prolongados y necesidad de adaptaciones en el entorno de trabajo. Véase Regal Ramos, R., "Epidemiología de la incapacidad laboral por patología osteomuscular en España: 60.000 Trabajadores valorados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en 2019" en *Medicina y seguridad del trabajo*, Vol. 68, nº. 269, 2022, p. 211.

[19] https://www.us.es/actualidad-de-la-us/las-bajas-por-problemas-de-salud-mental-aumentan-cerca-de-un-120-en-siete-anos

[20] Informe de la Organización Mundial de la Salud "La salud mental en el trabajo" de 2 de septiembre de 2024. Disponible on line en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

[21] Consejo General de la Psicología en España (INFOCOP) https://www.infocop.es/como-gestionar-el-cancer-en-el-ambito-laboral-2/

-Voluntariedad y supervisión médica

Los planes de retorno gradual al trabajo requieren supervisión médica para asegurar una reintegración segura y efectiva de los trabajadores, especialmente aquellos que han pasado por períodos de incapacidad prolongada o han enfrentado condiciones de salud complejas.

Sin embargo, la implementación de planes de retorno al trabajo en casos de contingencias comunes plantea dudas sobre cómo garantizar una supervisión médica adecuada. Aunque el empleador tiene el deber de no asignar al trabajador tareas para las que no esté capacitado (art. 15.2 de la LPRL), estos planes de reintegración paulatina no se consideran medidas preventivas. Por ello, no forman parte de las funciones de los servicios de prevención de riesgos laborales, que además deben dedicar tiempo prioritariamente a labores preventivas específicas según el Real Decreto 843/2011. Esto limita la posibilidad de supervisión médica efectiva durante la reincorporación.

La participación en planes de retorno al trabajo también es voluntaria para los trabajadores, ya que tienen derecho a reincorporarse a su mismo puesto y en las mismas condiciones que antes de la baja. En general, el alta médica no se emitirá hasta que el trabajador esté plenamente capacitado para retomar sus funciones habituales, independientemente de si posee capacidad residual para desempeñar otras tareas.

5. EL MARCO LEGAL ACTUAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. MODIFICACIONES NECESARIAS PARA IMPLEMENTAR LA INCAPACIDAD TEMPORAL PARCIAL

En nuestro ordenamiento jurídico no hay normas que se dediquen a facilitar el regreso al trabajo de empleados en baja por incapacidad temporal, por lo tanto, estas medidas quedan relegadas a la negociación colectiva como buenas prácticas de responsabilidad social[22]. Actualmente, la legislación laboral no otorga al empleador, al trabajador, ni a ambos de forma conjunta, la posibilidad de gestionar libremente el retorno al trabajo durante una incapacidad temporal. Esto se debe a que los procesos de incapacidad temporal no solo afectan al contrato laboral, sino que también siguen un procedimiento administrativo con regulaciones específicas.

Para activar un plan de regreso al trabajo, sería necesario que el trabajador recibiera previamente el alta médica. En los casos de bajas por contingencias profesionales, gestionadas por mutuas, este requisito no generaría dificultades pues la actividad preventiva de las mutuas es una actividad complementaria a la gestión de las prestaciones económicas por contingencias profesionales[23]. Sin embargo, cuando se trata de bajas por contingencias comunes, que dependen del servicio público de salud, la solución se vuelve más compleja puesto que el profesional sanitario puede rechazar la emisión de un alta médica prematura si eso implicara perder el control técnico sobre la incapacidad

[22] El Convenio Colectivo de Mapfre Grupo Asegurador contempla medidas específicas para trabajadores con enfermedades crónicas degenerativas. Según el artículo 24 de dicho convenio, los empleados que acrediten una enfermedad crónica degenerativa que limite su capacidad de trabajo y que pueda derivar en una incapacidad permanente en los siguientes 12 meses, pueden solicitar una reducción de su jornada laboral de hasta un 50% sin reducción de salario. Esta reducción está sujeta a la evaluación favorable de un equipo médico designado por la empresa y tiene una duración máxima de dos años. El convenio colectivo único para el personal laboral al Servicio de la Administración de la Comunidad de Madrid prevé la adaptación progresiva de la jornada laboral para tratamientos oncológicos u otra enfermedad grave (art. 113).

[23] En el artículo 82.3 LGSS se indica que las actividades preventivas de la acción protectora de las mutuas "comprenderán actividades de asesoramiento a las empresas asociadas, al objeto de que adapten sus puestos de trabajo y estructuras para la recolocación de los trabajadores accidentados o con patologías de origen profesional". Crespí Ferriol Mª M. *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. RepositoriUIB, 2022, p.347.

laboral[24]. Según se establece en los artículos 174.1 de la LGSS y 5.1 del RD 625/2014, este documento debe emitirse únicamente cuando, tras la recuperación o mejoría de la afección del trabajador, ya no existan impedimentos para que pueda desempeñar su trabajo, basándose en una evaluación objetiva de su condición clínica y sin depender de la voluntad personal del trabajador o de la empresa. En resumen, en las contingencias comunes es el médico del servicio público de salud el que decide cuando dar el alta, y ni el trabajador ni el empresario pueden solicitarla[25].

Cuando hablamos de una incapacidad temporal flexible, podemos enfocarlo de dos maneras: una incapacidad temporal a tiempo parcial, que permite una reincorporación progresiva al puesto de trabajo, o una incapacidad temporal funcional, que adapta las tareas a las posibilidades del empleado.

La medida legislativa que resultaría más sencilla de implementar en nuestro contexto jurídico sería la incapacidad temporal a tiempo parcial. Este ajuste normativo facilitaría el retorno gradual de empleados cuya capacidad laboral es insuficiente para cubrir la jornada completa, pero que, con una recuperación progresiva, podrían trabajar en una fracción de su horario habitual. Esto sería especialmente útil cuando los efectos más agudos de una enfermedad o accidente comienzan a remitir, permitiendo al trabajador reincorporarse con una carga física o mental reducida[26].

Esta modalidad resultaría más sencilla en todos los aspectos. En primer lugar, podría ser prescrita por los facultativos de atención primaria en los propios partes médicos de baja o de confirmación. Asimismo, en términos de cálculo, la jornada laboral se reduciría en la proporción establecida, y la prestación pública se ajustaría en esa misma proporción. Es decir, las bases de cotización y compensaciones económicas se ajustarían a un esquema flexible, donde el trabajador, en lugar de recibir la prestación completa por incapacidad temporal, obtendría una compensación proporcional al tiempo trabajado y otra parcial para la parte de la jornada que aún no puede asumir por su estado de salud.

En cambio, en la incapacidad temporal funcional, sería complejo determinar con precisión qué tareas puede realizar el trabajador y cuáles no, así como establecer el porcentaje de salario que correspondería a la reducción en sus funciones.

El médico de atención primaria no puede asumir la responsabilidad de evaluar las capacidades residuales del trabajador ni de sugerir las adaptaciones necesarias para su reincorporación laboral.

[24] A mayor abundamiento sobre las competencias de las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, véase Tortuero Plaza, J.l., "Nuevamente la Incapacidad Temporal a Debate". *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, 2014, p. 30, así como Conde Colmenero, P., "Facultades empresariales y de las Mutuas" en AA.VV. *Cuestiones en torno a la Incapacidad Temporal,* coord. San Martín Mazzucconi, Pérez Campos; Sempere Navarro (dir.), 2011, pp. 121-135.

[25] En el ámbito de la atención sanitaria, el "alta médica voluntaria" se refiere a la decisión de un paciente de dar por terminada su hospitalización o tratamiento, abandonando el centro de salud o interrumpiendo los cuidados recomendados por el equipo médico. En estos casos, el paciente asume tanto la responsabilidad como el riesgo de suspender el tratamiento, incluso cuando el personal de salud considera que su estado no es aún el adecuado para hacerlo. Por lo general, el alta voluntaria requiere que el paciente firme un documento en el que reconoce haber sido informado sobre los posibles riesgos de finalizar su tratamiento o abandonar el centro médico antes de lo indicado. No obstante, en el caso de la prestación por incapacidad temporal, esta opción no está contemplada.

[26] El Pacto de Toledo ya ha mencionado esta modalidad como una estrategia especialmente adecuada para abordar procesos de incapacidad vinculados a factores psicosociales, en los cuales resulta fundamental el diagnóstico y tratamiento de profesionales de la psicología. Además, la OCDE ya había señalado que la incapacidad temporal a tiempo parcial podría ser una solución eficaz para reducir las ausencias laborales en trabajadores con capacidad laboral reducida, en especial en el caso de trastornos mentales, cuya prevalencia sigue aumentando. En el mismo sentido, el colectivo de profesionales médicos que gestionan la incapacidad temporal consideran que la incapacidad temporal a tiempo parcial permitiría responder de manera más adecuada a la amplia variabilidad que presenta la salud de los trabajadores.

Estos profesionales no disponen de información detallada ni objetiva sobre las funciones y condiciones laborales específicas de los trabajadores. Además, la mayoría de estos médicos tampoco cuentan con la formación especializada en medicina del trabajo. Por este motivo, cualquier recomendación de adaptación laboral realizada por un médico de atención primaria carecería de la precisión y fundamento necesarios para garantizar su efectividad. La falta de conocimiento específico sobre las exigencias del puesto de trabajo y la ausencia de formación en medicina del trabajo limitan su capacidad para proporcionar orientaciones prácticas que realmente facilitan una reincorporación segura y adecuada del trabajador a su entorno laboral[27].

Crespí Ferriol propone seguir en la dirección ya apuntada por el Real Decreto 1630/2011 y profundizar en la capacidad jurídica de las mutuas para proponer y trazar planes de retorno al trabajo, extendiendo también su competencia a las contingencias comunes[28].

Asimismo, la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) propone que las mutuas asuman completamente la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes de los trabajadores que ya tengan cobertura por contingencias profesionales en dichas mutuas. Esta propuesta se basa en un estudio realizado por AMAT, que evidencia que, en las veinte patologías articulares y traumatológicas más comunes, las mutuas logran la recuperación de la salud de los trabajadores en la mitad de tiempo. Esta gestión más eficiente contribuiría a reducir las listas de espera en los Servicios Públicos de Salud y evitaría un gasto innecesario de 2.630 millones de euros en España, de los cuales aproximadamente 1.650 millones repercuten en las cuentas públicas de la Seguridad Social y cerca de 980 millones representan un costo directo para las empresas[29].

Para Monereo Pérez y Rodríguez Iniesta la incapacidad temporal requiere una reforma integral y bien estructurada que evite la adopción de una legislación fragmentada o "de urgencia" mediante leyes específicas y puntuales. Asimismo, ponen de manifiesto que la intervención de múltiples administraciones y entidades (estatales, autonómicas, Mutuas y empresas) en la gestión de la incapacidad temporal provoca diferencias en las prioridades y una gestión compleja y descoordinada, especialmente en casos de contingencias comunes. Las entidades públicas priorizan la salud del trabajador y la gestión de la incapacidad temporal supone para los médicos una carga de trabajo añadida que les genera conflictos con los pacientes a los que tienen que darles o no una baja. Para las inspecciones sanitarias de las comunidades autónomas el control farmacéutico es vital por lo que gestionarán la incapacidad temporal como una tarea más. Por otro lado, los responsables económicos, como el INSS, carecen de competencias para intervenir en la atención sanitaria, lo que los obliga a depender de los servicios de salud o de las mutuas, generando posibles conflictos. La crítica principal es que no es lógico que quienes gestionan la prestación económica no tengan control sobre su inicio y duración[30].

---

[27] Respecto a las reticencias de los médicos de atención primaria a realizar actividades que carecen de utilidad clínica ni de otro tipo y entorpecen el desarrollo de la consulta, el día 2 de noviembre de 2022 el Foro Médico de Atención Primaria anunció en rueda de prensa la decisión de cumplir estrictamente la ley y no realizar ninguna actividad relacionada con la incapacidad laboral que no puedan acreditar con su firma o no les corresponda por ser consecuencia de la actividad en otro nivel asistencial. Asimismo, expresaron su descontento por la obligación de completar datos de la actividad laboral, CNO y nombre de empresa, que el paciente no pueda acreditar por escrito y los informes clínicos periódicos. Véase Cubero, P., "En defensa de un modelo de Incapacidad Temporal del siglo XXI". *Revista Atención Primaria*, Vol. 55. nº 2, 2023. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-en-defensa-un-modelo-incapacidad-S0212656723000100

[28] Cespí Ferriol Mª M., *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears. RepositoriUIB, 2022, p.364.

[29] El informe se puede consultar en https://amat.es/wp-content/uploads/2021/03/informe-sobre-absentismo.pdf.

[30] Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., "Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) (Análisis

En cualquier caso, es evidente que la implantación de una modalidad de baja laboral parcial o flexible, en la que el trabajador pueda desarrollar parte de su jornada laboral y permanecer el resto en situación de incapacidad temporal, exige una reforma normativa estructural que afectaría a diversas disposiciones del ordenamiento jurídico español. A continuación se identifican los artículos cuya modificación sería imprescindible:

1. Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

- El art. 169.1 LGSS, define la incapacidad temporal como las situaciones *"debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo (...)"* por lo que habría que introducir una redacción que permita el reconocimiento de la incapacidad temporal parcial, añadiendo *"para el trabajo o para parte de la jornada laboral",* permitiendo así una baja de duración parcial.

- Los arts. 171 y 173 regulan la prestación económica y la cuantía del subsidio basándose en la imposibilidad de trabajar en su conjunto, por lo que habría que adaptar la redacción para contemplar el devengo proporcional en función de la parte de jornada no trabajada.

Sería necesario establecer una base reguladora proporcional al tiempo efectivamente no trabajado, considerando la parte trabajada como retribución ordinaria y el resto como situación protegida.

- El 175.1.b LGSS dispone que el trabajo por cuenta propia o ajena es causa de pérdida o suspensión del derecho al subsidio por incapacidad temporal, es decir, con esta redacción o se está de baja y no se trabaja, o se está de alta y se trabaja, sin posibilidad de escenarios intermedios. Por tanto, cabría introducir una redacción que admita expresamente que el reconocimiento de una situación de incapacidad temporal parcial, que permita la realización de una parte de la jornada laboral, no se considerará alta médica a efectos de la extinción del subsidio, sino una modificación en su alcance, con derecho a la percepción proporcional del subsidio correspondiente.

2- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal

- El art. 2 regula la emisión de los partes médicos y define las situaciones de baja y alta, por lo que habría que incluir, dentro del apartado tercero que regula los procesos más largos una nueva categoría de parte médico: el "parte de incapacidad temporal parcial", que permita compatibilizar la baja con una actividad laboral limitada.

- En el art. 3 que establece los plazos y canales de comunicación entre el facultativo, el trabajador y la empresa, se tendrían que añadir previsiones para la tramitación específica de partes de incapacidad temporal parcial, incluyendo la necesidad de indicar el porcentaje de jornada no trabajada.

- El art. 8 que regula la posibilidad de revisión por parte del INSS, se deberían establecer mecanismos específicos de revisión para la incapacidad temporal parcial, diferenciando su seguimiento respecto a la incapacidad temporal completa.

Cabe señalar que los artículos mencionados en la presente propuesta constituyen únicamente una selección de las disposiciones que, de forma inmediata, requerirían modificación para permitir

técnico jurídico y de política del Derecho)". *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum* nº 38, 2024, pp. 32-35.

la implantación de una figura de incapacidad temporal parcial en el ordenamiento jurídico español. No obstante, resulta evidente que la incorporación efectiva de esta modalidad exigirá una revisión normativa más amplia, que afectará a otros preceptos legales y reglamentarios, tanto en materia de Seguridad Social como en el ámbito laboral, sanitario y de gestión administrativa, con el fin de garantizar su coherencia sistemática, su viabilidad operativa y la adecuada protección de los derechos de trabajadores, empresas y administraciones implicadas.

6. REFLEXIONES FINALES

En España, enfrentamos un desafío importante con el creciente aumento de las incapacidades temporales, un problema que se prevé que se agrave debido al envejecimiento de la población activa.

El debate sobre el absentismo laboral ha estado tradicionalmente centrado en la prevención del fraude, con un enfoque predominantemente orientado al control y la supervisión. Sin embargo, esta perspectiva limitada deja de lado aspectos clave, como las causas estructurales y organizativas que pueden influir en las ausencias, así como la importancia de promover estrategias para mejorar la salud y bienestar de los trabajadores, reduciendo el riesgo de recaídas y la transición a incapacidades permanentes[31]. Esto implica implementar estrategias de reintegración laboral flexibles y adaptadas a las necesidades de quienes padecen determinadas patologías, permitiendo un retorno progresivo al trabajo y promoviendo una recuperación integral y sostenida. Para ciertas patologías, se ha evidenciado que la incorporación de un trabajo adaptado durante el período de convalecencia actúa como un eficaz complemento al tratamiento médico, favoreciendo una recuperación más rápida del trabajador y facilitando la pronta restauración de su capacidad laboral habitual.

En muchos casos, detrás de una baja se esconde un conflicto laboral o la necesidad del trabajador de conciliar su vida personal y profesional.

Para asegurar la viabilidad del sistema, debemos iniciar el cambio de modelo que se necesita, un modelo adaptado a la realidad laboral, social, asistencial y tecnológica. Un modelo que se base en la colaboración de todos los implicados: facultativos de todas las especialidades, mutuas, empresarios, trabajadores y administraciones, en beneficio del paciente y del sistema, que sustituya un modelo decimonónico que supone burocracia, pérdida de salud y altos costes económicos. Un modelo que establezca una articulación legal de un sistema razonable de transición entre la inactividad total y el trabajo.

1.- Implementación de la incapacidad temporal a tiempo parcial

La incapacidad parcial puede incluir tanto adaptaciones en la cantidad de trabajo realizado como en la naturaleza de las tareas, ajustándose así a la capacidad laboral del empleado. El alta condicionada a una modificación funcional o en las condiciones de trabajo resultaría beneficiosa para

[31] El hecho de que los tres primeros días de baja sean asumidos por el trabajador, y que la prestación económica se sitúe en el 60% de la base reguladora desde el 4º día hasta el 20º inclusive, y aumente al 75% a partir del 21º día, es un ejemplo claro de la intención del legislador de desincentivar las bajas laborales. Estas disposiciones revelan la preocupación de que una parte de las bajas pueda ser fraudulentas o no estrictamente necesarias. Con estas medidas, el legislador busca equilibrar la protección del trabajador con la necesidad de evitar abusos en el sistema de incapacidad temporal, promoviendo una reincorporación temprana y reduciendo las cargas económicas tanto para los empleadores como para la Seguridad Social. Otro ejemplo de que la sombra del fraude está en la cabeza del legislador es que otorga al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social mayores atribuciones en la supervisión y control de las situaciones de incapacidad temporal. Véase López Insua, B.M., "Modernización y digitalización de la Incapacidad temporal desde una perspectiva crítica". *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, nº Extra 6, 2024, p.11.

aquellos trabajadores que, habiéndose recuperado parcialmente, pueden reincorporarse a sus labores en circunstancias diferentes a las previas a su baja. Considero mucho más sencillo de implementar la opción de una incapacidad temporal a tiempo parcial que ofrecería una solución adecuada para las enfermedades que impiden trabajar a jornada completa, pero permiten un desempeño limitado durante parte de la jornada.

La implementación de estas medidas implicaría un análisis profundo de la capacidad jurídica de las mutuas para diseñar y proponer planes de retorno al trabajo, extendiendo su ámbito de competencia a los procesos derivados de contingencias comunes. Estas mutuas podrían ofrecer soporte técnico y financiero a las empresas, que serían las responsables directas de llevar a cabo los planes. Además, sería esencial la colaboración con los servicios de prevención de riesgos y la implicación de los representantes de los trabajadores. Aunque la adopción de planes de retorno al trabajo podría establecerse de forma voluntaria para empleadores y empleados, podría considerarse que su obligatoriedad, adaptada a las posibilidades organizativas de cada empresa, resultaría en un mayor beneficio general.

La baja laboral parcial es una herramienta eficaz que equilibra la necesidad de proteger la salud del trabajador con los intereses de la empresa en mantener la productividad. Promueve una cultura de trabajo más flexible y humana, donde se reconocen las diferentes etapas de la recuperación y se apuesta por soluciones adaptativas. Si se gestiona adecuadamente, la baja parcial no solo contribuye a una recuperación más rápida y eficiente, sino que también refuerza la motivación y el compromiso de los empleados con la empresa.

2.-Adaptar la incapacidad temporal al proceso de digitalización para así evitar los engorrosos trámites burocráticos

El modelo electrónico debería establecerse como la única vía de comunicación entre el médico, el paciente y la empresa en todo lo relacionado con la Incapacidad Temporal, eliminando por completo la necesidad de utilizar documentos en papel. Además, todos los pacientes, independientemente de si su comunidad autónoma ha firmado un convenio con el INSS, deben tener la posibilidad de acceder a su historial de salud autonómico, siempre que esté disponible, para descargar las partes de baja, confirmación y alta. Esto permitiría evitar desplazamientos innecesarios al centro de salud, salvo cuando sea estrictamente necesario.

Sería conveniente establecer la interconexión de las Historias Clínicas entre los Servicios Médicos del INSS, los Servicios Públicos de Salud y las Mutuas, permitiendo así consultar los antecedentes médicos del paciente, compartir exámenes y pruebas ya realizadas, y evitar duplicidades innecesarias que incrementan el gasto del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, la normativa solo autoriza a las Entidades Gestoras a acceder a la información clínica de las Mutuas y los Servicios Públicos de Salud, pero no contempla la reciprocidad. Este intercambio de datos se realizaría bajo estrictas garantías de confidencialidad y protección de datos.

En bajas de larga duración, la necesidad de renovaciones periódicas podría reducirse al emitir partes con validez extendida, ajustados al tiempo estimado de recuperación, salvo en casos de cambios significativos y sería deseable centralizar los documentos relativos al proceso administrativo de la incapacidad temporal en una única base de datos accesible para las partes autorizadas, pues un mismo documento suele requerirse por múltiples organismos (empleador, seguridad social, mutua).

3-Equiparar Contingencias Comunes y Profesionales en la Incapacidad Temporal: Un Imperativo de Justicia y Eficiencia

La diferenciación entre contingencias comunes y profesionales en la incapacidad temporal genera desigualdades tanto en el acceso como en la cantidad de las prestaciones, además de procedimientos administrativos dispares. Mientras las contingencias profesionales suelen estar mejor protegidas, muchas enfermedades comunes tienen origen laboral indirecto, como el estrés o los trastornos musculoesqueléticos, quedando desprotegidas injustamente. Equiparar ambos regímenes no solo garantizaría justicia social al proporcionar igualdad de derechos a los trabajadores, sino que también simplificaría la gestión administrativa y reduciría duplicidades.

4- El establecimiento de complementos a la prestación por Incapacidad Temporal genera incentivos que pueden incrementar el absentismo laboral

Al garantizar que el trabajador reciba un porcentaje elevado de su salario, incluso durante los días de baja, se podría generar un incentivo perverso que fomente el inicio de procesos de incapacidad temporal innecesarios.

En lugar de establecer complementos automáticos, las empresas pueden optar por alternativas que fomenten la corresponsabilidad y desincentiven el absentismo injustificado como vincularlos a situaciones médicas objetivamente graves, como hospitalizaciones o diseñar complementos condicionados al comportamiento global de los índices de absentismo de la empresa.

En conclusión, aunque esos complementos buscan proteger al trabajador, las empresas que las empresas que los contienen en sus convenios presentan más tasas de absentismo, por lo que es fundamental un diseño más racional y controlado de estos beneficios que permita preservar el equilibrio entre los derechos del trabajador y las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

AA.VV. *Cuestiones en torno a la Incapacidad Temporal*, coord. San Martín Mazzucconi, C., Pérez Campos, A.I.; Sempere Navarro, A.V. (dir.), 2011.

Cabrera Noriega, L.E.," Síndrome de Boreout: Diseño, confiabilidad y validación preliminar de un instrumento para su medición" en *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. Salud, vol.46 nº.3 Bucaramanga Oct./Dec. 2014.

Crespí Ferriol Mª M. *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*. Tesis doctoral dirigida por Erik José Monreal Bringsvaerd. Universitat de les Illes Balears. RepositoriUIB, 2022.

Cubero, P., "En defensa de un modelo de Incapacidad Temporal del siglo XXI". *Revista Atención Primaria*, Vol. 55. nº 2. 2023.

Feria Basilio I.R., "Las condiciones de trabajo y la prevención de riesgos laborales frente a las personas de edad avanzada" en AA.VV. *Personas de edad avanzada y mercado de trabajo entre el envejecimiento activo y la estabilidad presupuestaria*, Calvo Gallego y Fernández López (Dir.) Álvarez Cortés (Coord.) 1a ed. Valencia: Tirant lo Blanch, 2016, pp. 303-332.

Fernández Martínez, S.: *La permanencia de los trabajadores con enfermedades crónicas en el mercado de trabajo: una perspectiva jurídica*. Wolters Kluwer España, 2020.

López Insua, B.M., "Modernización y digitalización de la Incapacidad temporal desde una perspectiva crítica". *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum,* nº Extra 6,2024, pp. 93-117.

Lozano Lares, F., *Manual de Seguridad Social*. Laborum, Murcia, 2023.

Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., "Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho)". *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum* nº 38, 2024, pp. 15-38.

Regal Ramos, R., "Epidemiología de la incapacidad laboral por patología osteomuscular en España: 60.000 Trabajadores valorados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en 2019" Revista *Medicina y seguridad del trabajo*, Vol. 68, nº. 269, 2022, pp. 209-220.

Sánchez Galán, L., Baides Golzalvo P., Regal Ramos R., Herreros Portoles G., "Consideraciones de actualidad sobre el alta médica individual y colegiada en la evaluación de la prestación de incapacidad temporal de un año de duración, en el ámbito médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social". Revista *Medicina y Seguridad del Trabajo* (Internet). 2023, Vol. 69, nº 271, pp. 124-131.

Tortuero Plaza, J.L., "Nuevamente la Incapacidad Temporal a Debate". *Revista De Derecho De La Seguridad Social*, Laborum, 2014, pp. 23-52.